

Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA: Esta sección nos da información básica sobre la mujer embarazada. Si alguna pregunta no le aplica, escriba "N/A". El dar su número de Seguro Social es opcional. El contestar "SÍ" a las preguntas referentes al hábito de fumar no afectará su aceptación en forma alguna.

Apellido	Nombre, Inicial	Número del Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento
Domicilio (No se acepta apartado postal)		No. de Apartamento	Número de Teléfono ()	
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
Primer día del último período menstrual (requisito)	¿Fuma usted? SÍ / NO	¿Alguna persona que vive en su hogar fuma? SÍ / NO		
ESCRIBA EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO SI ES DIFERENTE:				
Apellido	Nombre			
Domicilio (se acepta apartado postal)		No. de Apartamento		
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	

Raza/Etnicidad: (Opcional: Marque lo que mejor le corresponda.)

<input type="checkbox"/> Aleuta	<input type="checkbox"/> Latina:	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiática
<input type="checkbox"/> Indígena Americana	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> India Asiática
<input type="checkbox"/> Negra, Afroamericana	<input type="checkbox"/> Mexicana, México-Americana, Chicana	<input type="checkbox"/> Guamaní	<input type="checkbox"/> Camboyana
<input type="checkbox"/> Esquimal	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Samoanas	<input type="checkbox"/> China
<input type="checkbox"/> Caucásicas	<input type="checkbox"/> Sudamericanas		<input type="checkbox"/> Japonesa
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Centroamericanas		<input type="checkbox"/> Coreana
			<input type="checkbox"/> Laosiana
			<input type="checkbox"/> Vietnamita

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

SECCIÓN 2

1st SELECCION DE PLAN DE SALUD (La solicitante debe llenar esta sección.)

Instrucciones: Vaya a la página 19 de esta solicitud para ver qué planes de salud hay disponibles en su condado. A partir de la página 62 encontrará la descripción de cada plan para su repaso.	
1st Selección de Plan de Salud:	
Selección de Grupo Médico/Doctor (si se requiere):	Código de Proveedor (si se requiere):

2nd SELECCION DE PLAN DE SALUD (La solicitante debe llenar esta sección.)

2nd Selección de Plan de Salud (si la primera selección no está disponible):	
Selección de Grupo Médico/Doctor (si se requiere):	Código de Proveedor (si se requiere):



Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN SOBRE EL NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR, LOS INGRESOS y SEGUROS: Esta sección nos da información sobre el número de personas que hay en el hogar de la mujer embarazada, sus ingresos y si la mujer embarazada y el bebé cuentan con seguro médico.

Parte A: Información Sobre La Mujer Embarazada			
Nombre	¿Está trabajando actualmente?	SÍ / NO	
Nombre del Empleador (si trabaja)	Teléfono del Empleador ()	Ext.	
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal

Tipo de documentación de ingresos incluido (marcar uno): Vea la página 9	
<input type="checkbox"/> Copia de la Declaración del Impuesto Federal del año anterior <input type="checkbox"/> Talones de cheque por sueldo o desempleo (de un periodo que terminó dentro de 45 días de la fecha de la solicitud). <input type="checkbox"/> Declaración de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses más reciente <input type="checkbox"/> Sin ingreso	<input type="checkbox"/> Copia de los formularios federal/estatal W-2/1099 del año anterior <input type="checkbox"/> Carta del empleador actual indicando los ingresos mensuales con una copia de un talón de cheque. <input type="checkbox"/> Ingresos que no son de empleo
¿En la fecha de la solicitud, usted tiene seguro médico? Sí/No	Si contesta <u>sí</u> a cualquiera de las preguntas, la siguiente información es REQUERIDA: Nombre y dirección de la compañía de seguro actual/plan de salud: Dirección: Número de póliza del seguro:
¿Cubrirá este seguro el embarazo? Sí/No	
Si le aplica, ¿cual es la cantidad de su deducible o pago suplementario específicamente para el embarazo? \$ _____	
¿Cubrirá su seguro a su bebé después de que nazca?	
¿Ha tenido seguro médico el cual cubre el embarazo en los últimos tres meses? Sí/No	
¿Cuándo terminó esta cobertura? Mes/Día/Año / /	

Parte B: Para ser contestado por el esposo o el padre del niño por nacer si él y la solicitante viven juntos Y han tenido por lo menos otro hijo juntos. El presentar el número del seguro social es opcional.

Nombre del padre del bebé(si vive con la solicitante)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	
¿Casado con la solicitante?	Sí / No	¿Trabaja actualmente?	Sí / No
Nombre del Empleador (si trabaja)	Teléfono del Empleador () Ext.		
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
Tipo de documentación de ingresos incluido (marcar uno): Vea la página 9			
<input type="checkbox"/> Copia de la Declaración del Impuesto Federal del año anterior <input type="checkbox"/> Talones de cheque por sueldo o desempleo (de un periodo que terminó dentro de 45 días de la fecha de la solicitud). <input type="checkbox"/> Declaración de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses más reciente <input type="checkbox"/> Sin ingreso	<input type="checkbox"/> Copia de los formularios federal/estatal W-2/1099 del año anterior <input type="checkbox"/> Carta del empleador actual indicando los ingresos mensuales con una copia de un talón de cheque. <input type="checkbox"/> Ingresos que no son de empleo		
¿En la fecha de la solicitud, usted, el padre del bebé, tiene seguro médico? Sí/No	Si contesta <u>sí</u> a cualquiera de las preguntas, la siguiente información es REQUERIDA: Nombre y dirección de la compañía de seguro actual/plan de salud: Domicilio Número de póliza del seguro:		
¿Cubrirá este seguro el embarazo? Sí/No			
Si le aplica, ¿cual es la cantidad de su deducible o pago suplementario específicamente para el embarazo? \$ _____			
¿Cubrirá su seguro a su bebé después de que nazca?			

Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

Parte C: Consulte la página 8 para obtener más información sobre las deducciones del ingreso y la documentación requerida que deberá presentar. Anote todos sus hijos/hijastros, no casados, menores de 21 años de edad, de padres casados y no casados que viven en el hogar o que están fuera estudiando a quienes reclama como dependientes en los impuestos. Incluya un bebé por nacer de cualquier familiar o dependiente incapacitado que viven en el hogar de la mujer embarazada y la cantidad que paga al mes por mantenimiento de hijos o por un dependiente incapacitado que la mujer embarazada o el padre del bebé (si vive con la mujer embarazada) paga. Si no hay gastos escriba N/A o cero. Si necesita más espacio, escriba la información por separado en una hoja y envíelo por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente incapacitado	Fecha de nacimiento	Relación con la mujer embarazada	Cantidad mensual pagada

Usted, la mujer embarazada, ¿paga por mantenimiento de hijo o mantenimiento por divorcio ordenado por el tribunal? Si respondió sí, cuánto paga mensualmente por mantenimiento de hijos por mantenimiento por divorcio (Se requiere documentación)	Sí / No \$ _____ \$ _____	¿El padre del bebé, indicado en la parte B, paga por mantenimiento de hijo o mantenimiento por divorcio ordenado por el tribunal? Si respondió sí, cuánto paga mensualmente por mantenimiento de hijos por mantenimiento por divorcio (Se requiere documentación)	Sí / No \$ _____ \$ _____
--	-------------------------------------	---	-------------------------------------

¿Dónde se enteró del Programa AIM? (marque uno)		
1. Consultorio del doctor	7. PennySaver	13. Anuncio enviado a mi casa
2. Clínica Comunitaria	8. 1-800-BABY-999	14. Publicación para Padres
3. Periódico	9. Empleador	15. Feria de la Salud/Evento de la Comunidad
4. Internet	10. Escuela/Iglesia	16. Trabajador de Comunidad de AIM
5. Hospital	11. Amigo/Pariente	17. Cupón del Supermercado
6. Oficina del Gobierno	12. TV/Radio	18. Agente de Seguros
		19. Otro (especificar) _____

SECCIÓN 4

DECLARACIONES DE LA MUJER EMBARAZADA
Por favor lea con cuidado cada una de las siguientes declaraciones y coloque sus iniciales en cada una de ellas. Cualquier respuesta que sea incierta o imprecisa puede ser razón para cancelar su registro o la aplicación de otras sanciones.

Iniciales de la mujer embarazada

- _____ Declaro que poseo razón y buena fe para creer que no tengo más de 30 semanas de embarazo en la fecha de la solicitud y he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- _____ Declaro que actualmente soy residente del Estado de California y que he vivido aquí por lo menos seis meses continuos antes de la fecha de firmar esta solicitud de registro.
- _____ Declaro que no recibiré reembolso de ningún proveedor de atención médica ni entidad del gobierno para el pago de mi contribución de registro, con la excepción de un California Indian Tribal Government, si le aplica.
- _____ Declaro que no tengo cobertura ni prestaciones de embarazo o tengo un deducible específicamente por maternidad o pago suplementario de más de \$500 mediante un seguro privado.
- _____ Declaro que no cuento con Medi-Cal sin costo ni con Medicare Partes A y B en la fecha de la solicitud.
- _____ Declaro que doy al Programa permiso para verificar mis ingresos familiares, seguros médicos, residencia y otra información en la solicitud.
- _____ Declaro que obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de cualquier plan de salud participante en el que sea inscrita.
- _____ Declaro que he revisado las prestaciones ofrecidos por los planes de salud participantes.
- _____ Declaro que entiendo y seguiré las reglas y reglamentos del programa.
- _____ Declaro que acepto pagar la contribución de registro requerida aún cuando no aproveche totalmente la cobertura o los servicios ofrecidos por AIM, y entiendo que el Programa AIM tomara acciones apropiadas para cobrar en su totalidad las contribuciones de registro.
- _____ Declaro que los documentos y la información que envié con la solicitud es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.

Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

SECCIÓN 5

AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE REGISTRO

Requerida por la Ley de Confidencialidad de Información Médica del 1/1/80, Sección 56 et. seq. del Código Civil de California para todas las solicitantes de 18 años o más: Autorizo a cualquier compañía de seguro médico, hospital, clínica o proveedor de cuidado para la salud a dar al Administrador del Programa de Acceso para Bebés y Madres cualesquiera y todos los registros relacionados con cualquier historia clínica, servicios o tratamientos dados a la solicitante y al bebé nacido del embarazo de la solicitante indicado en esta solicitud para propósitos de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización es efectiva de inmediato y se mantendrá en vigor mientras el Administrador lo requiera. Una fotocopia de esta Autorización es tan válida como el original.

Aviso de Privacidad

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal de Aviso de Privacidad requieren que este Programa informe lo siguiente a las personas que el Programa de Acceso para Bebés y Madres les solicite (establecido por la Parte 6.3, División 2 del Código de Seguros) que suministren información: El propósito principal para solicitar información personal es para identificación de la solicitante y administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que cada individuo suministre información apropiada para solicitar el Programa de Acceso para Bebés y Madres. El no entregar esta información puede resultar en que se le determine inelegible. La siguiente información en la solicitud es voluntaria: Número del Seguro Social, información sobre raza/etnicidad y fuente de referencia.

Un individuo tiene el derecho a los registros que contengan su información personal y que sean mantenidos por la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Controlados. El oficial responsable de mantener la información es: Director Adjunto, Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Controlados, del Estado de California, División de Elegibilidad, Inscripción y Mercadeo AIM, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cuota para cubrir el costo para duplicar esta información.

Entiendo que este es un Programa Estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el mismo serán determinados según la Parte 6.3 de la División 2 del Código de Seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de Reglamentos de California.

Al inscribirse en ciertos planes está de acuerdo en que ciertos reclamos (que pueden incluir los reclamos por negligencia de practica médica) sean decididos mediante un arbitraje neutral obligatorio. Los miembros renuncian su derecho a un juicio por jurado o ante tribunal. La página 17 incluye información sobre cada plan y el requisito de arbitraje. Puede llamar al plan que escoja para recibir mas información.

Yo, la solicitante, he leído la declaración jurada anterior y certifico que es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Yo, la solicitante, estoy de acuerdo en pagar la contribución requerida de suscripción y entiendo que el Estado tomará acciones apropiadas para cobrar en su totalidad las contribuciones de registro indicadas en este contrato.

X _____
Firma de la Solicitante o

Fecha

Si mi solicitud no califica para AIM, yo solicito que esta solicitud sea enviada al condado y que sea tratada como una solicitud para Medi-Cal. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y entender.

X _____
Firma Requerida de la Solicitante

Fecha

Después de haber:

- Llenado la solicitud
- Firmado la solicitud
- Obtenido todos los documentos necesarios de ingreso y embarazo
 - certificado de embarazo
 - documentos de verificación de ingresos
 - prueba de las deducciones de ingreso
 - cheque de caja o giro postal por \$50 firmado
- Haga su cheque de caja o giro postal (no se aceptan cheques personales o en efectivo) a nombre de:
Access for Infants and Mothers Program
- Se recomienda hacer fotocopias de todos los documentos que presente para su registro.

Envíelos por correo a:

Access for Infants and Mothers Program
P.O. Box 15248
Los Ángeles, CA 90015

Por favor no envíe la solicitud por Fax

***Nota:** Su solicitud debe ser recibida por el Programa AIM antes de que termine la semana 30 de su embarazo para poder ser considerada para el Programa AIM. Si está cerca de su semana 30 de embarazo, puede enviar su solicitud por inmediato vía Fed-Ex, US Postal Service, etc.

Envíe las solicitudes por inmediato a:

Access for Infants and Mothers Program
1000 S. Fremont Ave, Bldg. A-11, Unit 22
Alhambra, CA 91803

Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

Certificado de embarazo para ser contestado por la solicitante:

Apellido de la mujer embarazada	Nombre de la mujer embarazada	Inicial
Domicilio de la mujer embarazada	Número de Unidad/Departamento	
Ciudad	Estado	Código Postal

Formulario de Certificación de Embarazo de AIM

Se debe enviar por correo un certificado de embarazo expedido en los Estados Unidos, junto con su solicitud. El formulario de abajo se puede usar para verificar embarazo. Puede usar un formulario diferente siempre y cuando contenga la misma información y esté firmado por una de las personas de la lista de abajo.

Para calificar para AIM debe tener menos de 30 semanas de embarazo en la fecha de la solicitud. Su certificado de embarazo debe ser firmado por un profesional de atención médica con licencia o certificado. Las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM incluyen a las siguientes pero no se limitan a éstas:

Médicos (Doctores, DOs) **Enfermeras Registradas** **Enfermeras Parteras Certificadas**
Auxiliar de Enfermería con Licencia **Médicos Asistentes** **Asistentes Médicos**
Personal autorizado por la Planned Parenthood Organization

El personal administrativo de consultorios médicos no puede certificar embarazos a menos que la persona cuente con una licencia o certificado médico.

Para ser contestado por la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona que se indica arriba está embarazada.



Nombre del Plantel	Fecha
Dirección del Plantel	Número de Suite
Ciudad	Estado Código Postal
Código postal y Número telefónico ()	Número de Fax () Fecha estimada del parto
Apellido del Profesional de Atención a la Salud en letra impresa (se requiere)	Nombre del Profesional de Atención a la Salud en letra impresa (se requiere) Inicial
Firma del Profesional de Atención a la Salud (se requiere)	Título Médico (se requiere) Número de Licencia Médica



Solicitud del Programa Acceso para Bebés y Madres (AIM)

Solamente individuos autorizados por el Estado de California necesitaran llenar y devolver la siguiente información con su solicitud. Si no ha recibido asistencia de algún grupo o individuo para llenar esta solicitud, no llene ni envíe esta página con su solicitud.

Pago por asistencia con la solicitud

Las leyes del Estado de California permiten al Programa AIM pagar a ciertas personas y grupos \$50 por ayudar a una mujer embarazada a llenar la solicitud AIM. Para que le paguen \$50, estas personas o grupos deben ser:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Hospital general autorizado para cuidado intensivo | 5. Departamento de Salud del condado | 9. Contratista estatal encargado de salud de madres e hijos |
| 2. Médico con licencia | 6. Departamento de Asistencia Pública del condado | 10. Plan de salud participante en AIM |
| 3. Médico osteópata con licencia | 7. Operadora de guardería autorizada | 11. Agente/corredor de seguros con licencia |
| 4. Enfermera registrada con licenciada | 8. Clínica comunitaria autorizada para cuidado primario | 12. Quiropráctico |

Estos \$50 sólo se pagarán al individuo o grupo si:

1. La mujer embarazada es aceptada en el programa AIM; y
2. Llene el Formulario de Asistencia con la Solicitud que está abajo y envíelo con la solicitud.

No se debe cobrar a la solicitante por ayudarle a llenar la solicitud AIM. Por favor reporte esta clase de acción al Programa AIM del Estado de California: (916) 324-4695.

NOTA: Personas o grupos que pidan pago por asistir con la solicitud deben proveer un número válido de identificación de impuestos. Si se presenta la solicitud sin un número válido de identificación de impuestos, el individuo o grupo no recibirá los \$50 por asistir con la solicitud.

Formulario para Asistencia con la Solicitud del Programa de Acceso para Bebés y Madres

Toda la información siguiente debe llenarse. No se hará pago si falta información, y la información excluida no se puede presentar después. Este formulario (o una fotocopia de este formulario) se debe enviar con la solicitud AIM. El asistente no será notificado por el estado del registro ni del pago por asistencia.

Al firmar abajo está usted declarando que no ha cobrado pago ni comisión a la solicitante por ayudarle a llenar esta solicitud.

Nombre de la persona/entidad a la que se pagará	Número de Licencia (si aplica)		No. de Identificación de Impuestos
Domicilio de la persona/entidad a la que se pagará	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono	Indique la categoría según la lista anterior (1-12)		
Firma de la persona que asiste en el proceso de la solicitud			Fecha
Puesto/Cargo de la persona que asiste			